

Эмболизация маточных артерий для лечения субмукозного миоматозного узла больших размеров

А.Л.Тихомиров, Д.М.Лубнин, Г.П.Гришин, Д.С.Зинин

Московский государственный медико-стоматологический университет;
Центральная клиническая больница Министерства путей сообщения РФ, Москва

Представлены результаты лечения больной подслизистой миомой матки больших размеров с помощью эмболизации маточных артерий. Особенность данного наблюдения заключалась в том, что постэмболические изменения опухоли отличались стремительностью – полный регресс подслизистой миомы матки диаметром 11 см отмечен в течение одного месяца.
Ключевые слова: миома матки, эмболизация маточных артерий, постэмболизационный синдром

Embolization of uterine arteries for treatment of a large submucous myomatous node

A.L.Tikhomoriv, D.M.Lubnin, G.P.Grishin, D.S.Zinin

Moscow State University of Medicine and Dentistry;
Central Hospital, Ministry of Communications of the Russian Federation, Moscow

The authors present the results of treatment of a patient with a large submucous uterine myoma through embolization of uterine arteries. The case is characterized by rapid postembolic changes of the tumor: a complete regress of the submucous uterine myoma of 11 cm in diameter was obtained within one month.
Key words: uterine myoma, embolization of uterine arteries, postembolization syndrome

Миома матки является одним из самых распространенных заболеваний женских половых органов, и именно в связи с этим заболеванием проводится наибольшее количество гистерэктомий. До недавнего времени наличие подслизистого миоматозного узла считалось абсолютным показанием к проведению ампутации матки. В последние годы лечение миом подобной локализации стало возможным с применением гистерорезектоскопии.

Уже сегодня в клиническую практику внедряется новый метод лечения миомы матки – эмболизация маточных артерий. Эта методика показала свою эффективность в отношении миом матки различной локализации, в том числе и подслизистых. Как правило, послеоперационный период характеризуется постепенным уменьшением линейных размеров опухоли и регрессом клинической симптоматики. До сих пор методика эмболизации маточных артерий редко применялась при лечении миом большого размера, к тому же не было достаточного опыта ведения таких больных в послеоперационном периоде.

В представленном ниже клиническом наблюдении исходные размеры опухоли были достаточно велики, а послеоперацион-

ный период характеризовался быстрым уменьшением миомы и довольно выраженным постэмболизационным синдромом.

Больная Г., 40 лет, поступила в гинекологическое отделение Центральной клинической больницы МПС РФ с диагнозом миома матки 18 нед. Впервые заболевание диагностировано в 1999 г. во время профилактического осмотра, размеры матки соответствовали 10 нед беременности. В дальнейшем больная не лечилась, от оперативного лечения отказывалась. Заболевание протекало бессимптомно, менструальная функция не была нарушена.

При обследовании выявлено следующее: матка увеличена до 18 нед беременности за счет субмукозного миоматозного узла диаметром 11 см. Общее состояние больной удовлетворительное, уровни гемоглобина, эритроцитов, лейкоцитов и СОЭ в пределах нормы. Признаки воспалительных заболеваний органов малого таза отсутствовали, мазки на флору из цервикального канала и влагалища без патологических отклонений. Температура тела – 36,7°C.

28 февраля 2003 года больной проведена эмболизация обеих маточных артерий эмболами TruFill (Cordis) 350–710 микрон без технических трудностей. На контрольных ангиограммах визуализировалась только проксимальная часть обеих маточных артерий (рис. 1). Первые часы после процедуры протекали без выраженного болевого синдрома, однако обратило на себя внимание быстрое повышение температуры до 37,5°C, которое было отмечено

Для корреспонденции:

Тихомиров Александр Леонидович, доктор медицинских наук, профессор кафедры акушерства и гинекологии ФГДУ МГМСУ
Адрес: 111396, Москва, ул. Делегатская, 20/1
Телефон: (095) 490-1685

Статья поступила 13.11.2003 г., принята к печати 14.01.2004 г.

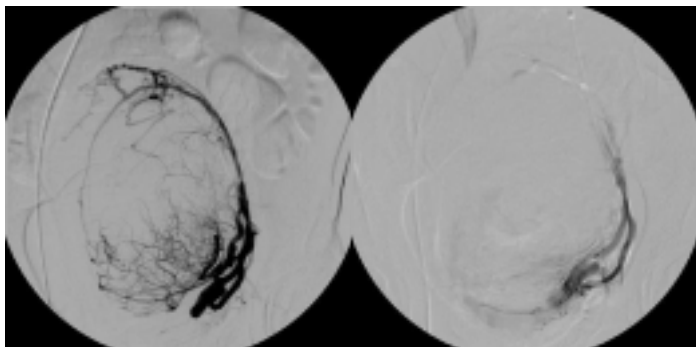


Рис. 1. а) (до ЭМА). Ангиограмма матки с миоматозным узлом до эмболизации. б) (после ЭМА). Ангиограмма матки с миоматозным узлом после эмболизации.

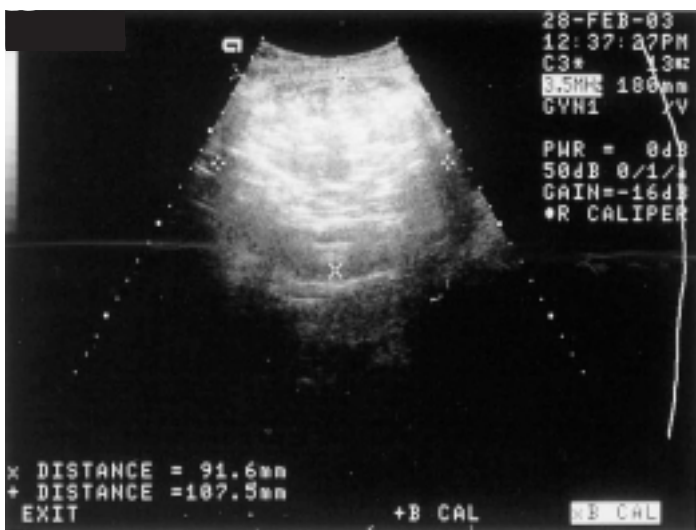


Рис. 2. Миоматозный узел на следующие сутки после эмболизации маточных артерий.

уже через 2 часа после окончания операции (обычно температура тела повышается на следующие сутки). 1 марта 2003 года больная выписана из клиники домой. Состояние миоматозного узла на момент выписки представлено на рис. 2.

В последующие 10 дней больная отмечала только повышение температуры до 39°C, слабость, незначительный болевой синдром и выделения из половых путей с тканевыми

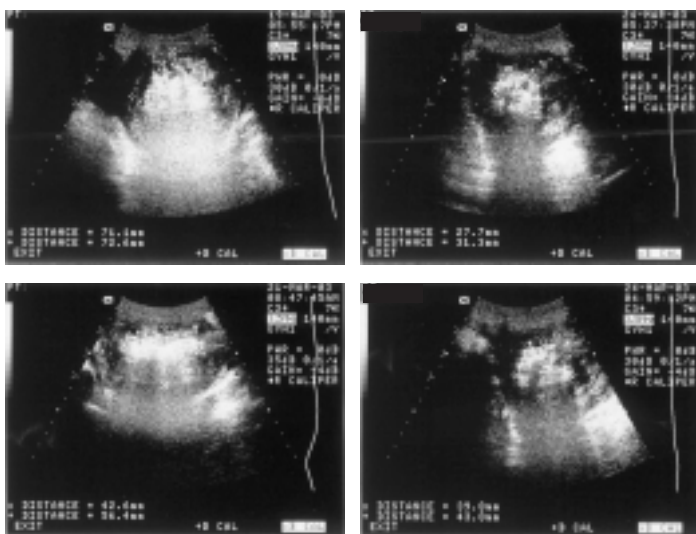


Рис. 3. Динамика уменьшения миоматозного узла.



Рис. 4. Миоматозный узел после удаления из полости матки.

включениями серовато-розового цвета, что в целом укладывалось в рамки постэмболического синдрома и позволяло не прибегать к активным лечебным манипуляциям.

13 марта, в связи с продолжающейся гипертермией, нами было принято решение госпитализировать больную для обследования и выбора тактики лечения. В результате обследования были выявлены следующие результаты: лейкоциты – 13,2; СОЭ – 30. При УЗИ органов малого таза размеры миоматозного узла уменьшились на 7 мм, контуры узла были «изъеденными». При осмотре в зеркалах установлено, что шейка матки закрыта, выделения умеренные, с тканевыми включениями серо-розового цвета. Матка при пальпации безболезненная, подвижная, плотная. Было решено начать проведение инфузионной, антибактериальной и дезинтоксикационной терапии.

В последующие пять дней, несмотря на проводимую терапию, к середине дня у больной отмечалось повышение температуры до 39,5°C, сохранялась слабость, однако обращало на себя внимание усиление выделений и уменьшение в размерах матки и миоматозного узла. При ежедневном ультразвуковом исследовании матки была выявлена стремительная динамика уменьшения размеров миоматозного узла, в среднем на 1 см в 2–3 дня. При этом контуры узла становились все более «изъеденными». Уменьшение размеров миомы коррелировало с объемом выделений из половых путей. В контрольных анализах крови сохранялся лейкоцитоз до 13 и ускоренное СОЭ.

19 марта размеры миоматозного узла составляли 71 × 73 мм, 21 марта – 43 × 56 мм (рис. 3). 24 марта у больной появились схваткообразные боли внизу живота. При осмотре в зеркалах обнаружено раскрытие шейки матки на два пальца, в цервикальном канале визуализировался полюс образования серо-розового цвета, неправильной формы, расцененный нами как рождающийся миоматозный узел. В условиях малой операционной полюс узла был захвачен пулевыми щипцами и путем ротации и потягивания удален из полости матки под контролем УЗИ. Ревизия полости матки показала отсутствие в ней остатков тканей. Удаленный узел был направлен на гистологическое исследование, результат

Эмболизация маточных артерий для лечения субмукозного миоматозного узла больших размеров



Рис. 5. УЗИ матки после рождения миоматозного узла.

которого свидетельствовал о том, что удаленное образование представляет собой типичную лейомиому (рис. 4).

На следующие сутки после рождения миомы температура больной снизилась и не поднималась выше 37,5°C. На вторые сутки температура нормализовалась, в анализе крови отмечено снижение числа лейкоцитов до 6,3, однако СОЕ оставалось ускоренным.

28 марта больная в удовлетворительном состоянии была выписана домой (рис. 5).

Контрольный осмотр через месяц показал: состояние больной удовлетворительное, менструальная функция не нарушена, матка нормальных размеров (5,8 × 4,2 × 4,8 мм), полость не деформирована, эндометрий однородный, соответствующий фазе менструального цикла. В анализах крови отклонений от нормы не выявлено.

Описанный выше клинический случай показывает высокую эффективность эмболизации маточных артерий в отношении лечения самых различных вариантов миомы матки. Известно, что подслизистые миоматозные узлы с успехом лечатся с использованием гистерорезектоскопических методик, однако в данном случае больной вряд ли бы удалось удалить узел таким путем. Скорее всего, речь бы шла о проведении лапаротомической операции, при этом вопрос о возможности сохранения матки решался бы неоднозначно.

Как показывает наш опыт, при наличии небольших подслизистых миоматозных узлов их рождение после проведения эмболизации маточных артерий проходит для женщин подчас незаметно. Но в данном случае большой объем узла обусловил развитие синдрома интоксикации, что привело к необходимости госпитализировать больную и проводить соответствующую терапию. В целом, судя по отзыву самой больной, постэмболизационный синдром она перенесла удовлетворительно, наибольшее неудобство ей доставило длительное его течение, а не выраженность симптомов. В то же время больная осталась удовлетворена результатом лечения. Кроме этого, осенью 2003 г. года больная планировала беременность.